

Васильева Е.Ю.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ РОССИИ И ФРАНЦИИ**

Vasilyeva E.U.

## **COMPARATIVE ANALYSIS OF MEDICAL STUDENTS ` EVALUATING IN RUSSIA AND FRANCE**

*doc\_vas@rambler.ru*

*Северный государственный медицинский университет  
г. Архангельск*



*В статье поднимается вопрос о необходимости разработки оптимальной модели проведения государственного экзамена выпускников медицинских вузов в России. Представлен опыт проведения национального экзамена выпускников медицинских факультетов Франции и показаны основные направления поиска новой модели.*

**Ключевые слова:** *государственный экзамен, медицинский вуз, модель, оценка, качество подготовки, выпускник.*

*The article has raised the question of the need to find an optimal model of the state examination of graduates of Russian medical schools. The experience of the national examination of graduates of medical faculties of France and the basic direction of the search of a new model have been presented.*

**Keywords:** *state exam, medical school, model, evaluation, the quality of graduates.*

Поиск оптимальной модели государственного экзамена выпускников медицинских вузов является одной из самых актуальных и одновременно сложнейших задач для российской и французской систем медицинского образования. В РФ решение этого вопроса сопряжено с переходом на федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения (ФГОС) и необходимостью определения новой методологии оценки качества подготовки выпускников [4, 5, 6, 7]. Во Франции – с оптимизацией социальной и экономической составляющих национального экзамена.

Исходными для сравнительного анализа подходов к организации и содержания государственного экзамена выпускников медицинских вузов России и Франции будем считать положения, которые в настоящее время уже не являются дискуссионными, а наоборот, определяют направления в оценке качества профессионального образования. Они позволяют объективно и комплексно осуществлять процедуры оценки, предлагать различные модели итоговой государственной аттестации. Этих положений несколько.

Первое положение. Оценка результатов освоения образовательной программы должна быть дифференцированной, т.е. включать не только

оценку результатов обучения (уровня образованности), но и оценку квалификации. Наличие разных объектов оценивания вызывает необходимость разработки различных процедур оценивания. Возможно, что эти процедуры можно осуществлять на разных этапах обучения.

Второе положение. Необходима разработка и внедрение поэтапно-накопительной оценки качества освоения программ с использованием портфолио, исключающей дублирование проверки результатов различных аттестаций и экономичной по времени проведения.

Третье положение. Структура оценочных средств должна включать такие компоненты, как объекты оценивания, показатели оценки результата, эталоны (нормы качества), технологии оценивания, содержание заданий, требования к условиям выполнения заданий.

Четвертое положение. Повышение доверия к оценке результатов медицинского образования должно быть обязательно связано с разделением функций предоставления образовательной услуги и оценивания ее качества [6].

Государственная итоговая аттестация выпускников в медицинских вузах РФ (будем иметь в виду по специальности Лечебное дело, как наиболее близкой к образовательной программе медицинских факультетов европейских университетов) в настоящее время носит комплексный и междисциплинарный характер. По ее результатам выпускнику присваивается квалификация – врач. Оцениваются результаты обучения (тестирование) и квалификационные характеристики (собеседование у постели больного, решение клинических задач). Казалось бы, зачем ломать традиции, искать новые модели оценки? Однако есть противоречия и вопросы, которые невозможно игнорировать [4]. Так, например, разработка и определение оценочных средств по ФГОС, как и по предыдущему стандарту, отдается на откуп каждому вузу. Что это? Попытка сохранения / усиления автономности вузов или «уход» государства от контроля качества подготовки выпускников на «выходе»? Получается, что преподаватели, которые учили студентов,

разрабатывают оценочные средства в меру имеющейся компетенции и сами же оценивают результаты, только теперь уже в статусе членов государственной аттестационной комиссии (ГАК). Работодатели, т.е. главные врачи и другие специалисты из практического здравоохранения, лишь номинально значатся в списках членов ГАК, выполняя на государственном экзамене, как правило, «представительские функции». Формализация привлечения работников практического здравоохранения к участию в итоговой государственной аттестации выпускников медицинских вузов достигла критической точки и является очевидной для всех участников этого процесса. Может ли в таком случае идти речь о независимой оценке выпускников? Не снижается ли тем самым уровень доверия общества к оценке результатов медицинского образования? Нет ли необходимости от децентрализации контроля качества подготовки выпускников медицинских вузов на «выходе» перейти к государственной централизации? Почему государство, в лице Министерства здравоохранения РФ и Министерства образования и науки РФ, фактически устранилось от экспертизы оценочных средств и «госприемки» качества подготовки будущих врачей? Между тем, появление внутренних и внешних вызовов требует существенного пересмотра процедуры и содержания государственного экзамена. Назовем их. Реализуемый ФГОС, основанный на компетентностном подходе, ужесточает требования к качеству подготовки будущих врачей. Понятно, что это связано не только с проблемой улучшения качества оказания медицинской помощи, но и с обеспечением конкурентоспособности медицинского образования и желанием выйти на европейский рынок образовательных услуг. Европейские коллеги для решения этих же проблем находятся постоянно в поиске новых моделей государственного экзамена и инновационных оценочных средств, ориентированных не столько на контроль результатов обучения, сколько на оценку клинического мышления у выпускников. Между тем, в российских медицинских вузах пока нет понимания, каким образом обновить методы для комплексной оценки

компетенций, как оценивать научно-исследовательскую компетенцию выпускников и как обеспечить независимость и объективность оценки освоения образовательной программы. Обратимся к опыту французских коллег, как источнику идей и переосмысления собственной модели государственного экзамена будущих врачей.

Одним из важнейших условий допуска выпускника медицинского вуза к национальному экзамену во Франции является результат факультетского экзамена. Каждый университет самостоятелен в выборе процедуры и содержания данного экзамена. Так, например, на медицинском факультете университета г. Лилль до 2011 года выпускной факультетский экзамен состоял из двух частей – устной и письменной. Устный экзамен проводился у постели больного. Выпускник имел доступ к карте пациента и возможность беседы с ним. Письменная часть экзамена (решение клинических задач) «стоила» 80% от общей оценки за экзамен. Содержание экзамена ориентировало выпускников на подготовку вопросов по оказанию неотложной помощи и назначению лечения. В 2011 году были внесены существенные изменения в процедуру подготовки и проведения экзамена. Изменилась его цель. Была сделана попытка оценивания студентов в процессе обучения на 6 курсе. Содержание контроля теперь ориентирует выпускников на умение применять междисциплинарные знания. В течение последнего учебного года обучения на медицинском факультете выпускник должен сдать 20 своеобразных экзаменов, каждый из которых включает решение двух клинических случаев. Успешное прохождение системного факультетского экзамена является допуском студента к национальному экзамену.

Вопросы организации национального экзамена выпускников медицинских факультетов университетов Франции находятся в ведении двух министерств – Министерства образования и науки и Министерства здравоохранения страны. Эти два ведомства занимаются вопросами определения тем и вопросов для экзамена, его организацией, обработкой

результатов, ранжированием выпускников по итогам экзамена и их последующим распределением для обучения в госпиталях по различным специальностям в интернатуре.

Программа национального экзамена была одобрена двумя министерствами еще в 1997 году. Она включает 345 тем, перекрывающих основное содержание всех дисциплин, изученных студентами за шесть лет обучения на медицинском факультете. Выпускники должны продемонстрировать умения распознавать тяжесть заболевания, назначать лечение и формулировать прогноз заболевания. Это общие цели, которые определяет Министерство образования. Затем они конкретизируются для каждой дисциплины. К этой работе Министерством здравоохранения Франции привлекаются уже узкие специалисты. В конечном итоге выпускнику понятен объем знаний, который он должен продемонстрировать на экзамене.

Национальный экзамен длится 4 дня: понедельник (день), вторник (утро), среда (день) – это первая часть экзамена, где предусмотрено решение 9 задач: каждый день выпускник выполняет по 3 задания, на которые отводится 3 часа. Вторая часть (четверг, утро) – составление комментария к научной статье. На выполнение этого задания выделяется также 3 часа. На случай форс-мажорных ситуаций предусмотрен еще один день, четверг (день) [1, 7].

На экзамен выносятся 9 клинических случаев-задач, к которым формулируется 6–8 независимых друг от друга вопросов. В ответах обязательно должны быть 4–8 ключевых слов, это своеобразные маркеры для тех, кто проверяет работы. Оценка осуществляется по 100-балльной шкале. Данная часть экзамена стоит 90 % от общей суммы. 10 % стоит оценка, выносимая за критическое чтение научной статьи.

Кто составляет задания (назовем их кейсы и далее будем использовать этот термин)? Почти все медицинские факультеты университетов Франции отправляют в Министерство здравоохранения определенное количество

кейсов для экспертизы. Эта работа является обязательной для профессоров и не оплачивается Министерством. Эксперты изучают полученные кейсы. Как правило, четыре кейса из пяти отклоняется, т.е. отобранные кейсы составляют 20 % присланных на экспертизу. Через каждые 5 лет банк кейсов обновляется полностью. Количество кейсов в банке не разглашается. Возможно, что он составляет от 150 до 300 кейсов. Кейсы, выносимые на национальный экзамен, становятся доступными для преподавателей и студентов после подведения результатов экзамена. Далее с ними можно работать самостоятельно или использовать в учебном процессе [3, 7].

По результатам национального экзамена составляется рейтинг выпускников медицинских факультетов. В соответствии с рангом они получают возможность выбрать специальность для дальнейшего обучения в интернатуре. Количество мест по специальностям строго квотируется. Например, по результатам национального экзамена в 2011 году, который сдавало 7592 человека, было выделено 0,4 % мест от общего количества будущих интернов для обучения по специальности гинекология, 1,2 % – для биологов, 1,2 % – по специальности общественное здравоохранение, 4,1 % – педиатрия, 4,4 % – анестезиология, 6,4 % – психиатрия, 7,7 % – хирургия, 54 % – врачи общей практики, 14,6 % – узкие медицинские специальности и пр. Причем для обучения интернов определены госпитали и точное количество человек, которые в зависимости от ранга в национальном списке, выберут город и специальность. Так, госпитали г. Лилля примут трех интернов по специальности гинекология, Парижа – 7, Нэнси – 2, Лиона – 1, Марселя – 1, Тулузы – 2, Бреста – 1 и др.

Статистика национального экзамена такова: в 2006 г. экзамен сдавали 4760 чел., в 2007 г. – 5366 чел., в 2008 г. – 5704 чел., в 2009 г. – 6186 чел., в 2010 г. – 6839 чел., в 2011 г. – 7592 чел., в 2012 г. – 7626 чел. По предварительным данным в 2013 г. экзамен сдавали – 7841 чел., в 2014 г. будут сдавать 7998 чел., а в 2015 г. – 8102 чел.

Государственный экзамен во Франции – это очень сложное с организационной точки зрения мероприятие. Он проходит одномоментно в 7 региональных центрах Франции. Его обеспечивают 500 супервизоров. В проверке работ, которая длится в Париже неделю, принимают участие 500 профессоров. Результаты становятся известны спустя 6 недель после проведения экзамена.

Необходимость изменения формы и содержания национального экзамена во Франции в настоящее время вызвана следующими причинами: 1) сложность организации, большие финансовые затраты: стоимость экзамена государству обходится в 4 миллиона евро; 2) сомнительность точности рейтинга выпускников. Анализ рейтинговых показателей выпускников говорит о том, что разница между показателями подчас составляет 0,03 балла. Отсутствие существенных различий в результатах ведет порой к определенной дискриминации выпускников: фактически невозможно определить первого среди равных. Особенно в тех случаях, когда они претендуют на места в интернатуре по одной и той же специальности в одном и том же городе; 3) прогнозируемое ежегодное увеличение количества выпускников медицинских факультетов с 8 тыс. до 10 тыс. человек. 4) Кроме того, выявлено еще одно противоречие, которое ставит под сомнение положение о том, что экзамен должен быть инструментом, который полностью и всесторонне способен оценить компетенции выпускников. На самом деле получается, что он дает возможность проверить только 38 % или 129 тем от установленных 345, даже при условии, что задания носят междисциплинарный характер.

Представляется интересным и важным вопрос инициирования изменений в модели проведения национального экзамена. Что и кто является своеобразной движущей силой модернизации национального экзамена? Инициатива разработки новой методологии оценки качества подготовки выпускников медицинских факультетов шла как сверху, от Министерства здравоохранения, так и снизу, от студентов и преподавателей. В 2011 году



администрация медицинских факультетов Франции начала разработку новой методологии национального экзамена. Начиная с сентября 2011 г. в Париже организуются ежемесячные встречи по разработке системы государственной аттестации выпускников. Интересно, что состав группы представлен волонтерами от университетов, которые действительно хотят улучшить качество проведения национального экзамена во Франции.

Определены принципы, в соответствии с которыми будут проходить изменения: потребность общества в компетентных врачах, уважение автономии университетов, поощрение взаимодействия университетов в поисках приемлемой формы проведения национального экзамена, диверсификация оценочных средств, приближение национального экзамена по форме и содержанию к университетским экзаменам, включение оценочных средств, не основанных на зубрежке.

Предлагается с 2015 года проводить полностью компьютеризированный экзамен. Для этого необходимо, чтобы университеты имели собственные компьютерные сертифицированные классы приблизительно на 200 рабочих мест. Требуется создание единого компьютерного научного центра, наличие локальных баз данных, связанных между собой.

Обсуждается включение в содержание экзамена четырех видов тестов:

1. Независимые друг от друга вопросы, из которых до 70 % будут представлены в виде закрытых тестовых заданий (по ключевым проблемам) – 20 %.
2. Клинические случаи, к которым сформулированы закрытые или открытые вопросы, требующие решения – 50 %.
3. Критическое чтение медицинской статьи – 10 %.
4. Script Concordance Tests (тесты соответствия) – 20 %.

На 2014 год запланировано проведение пробного экзамена.

Таким образом, в европейском медицинском образовании на сегодняшний день существуют две модели оценки качества подготовки

выпускников медицинских вузов. Одна (Франция, Германия, Италия), основанная на жесткой государственной централизации, фактически исключая субъективизм оценки, экономичная по форме (с широким применением современных информационных технологий) [1, 2, 4, 7]. Вторая, российская модель, с предоставлением вузам автономного права в выборе и создании оценочных средств для итоговой государственной аттестации, фактическим отсутствием государственного контроля за качеством оценочного инструментария, проведением и распределением выпускников для обучения в интернатуре / ординатуре.

Сравнительный анализ изменений в оценке качества подготовки выпускников медицинских вузов России и Франции, а также темпов в решении этой задачи позволят не только видеть направления работы в данной области и определять их характер, но и оценивать эффективность образовательного менеджмента, вносить коррективы в управление изменениями в оценке на уровне государства, национальных систем образования, медицинских вузов, факультетов, деканов и преподавательского корпуса.

### **Библиографический список**

1. Васильева Е.Ю. Tempus-4: экзамен по-рурски и страсбургски / Аккредитация в образовании, №2, 2012. – С. 47.
2. Васильева Е.Ю. Оценка качества медицинского образования во Франции и Германии/ Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: материалы Международного семинара, 31 января-4 февраля 2012 г. – Архангельск, 2012. – 10–18 с.
3. Васильева Е.Ю. Разработка и внедрение стандартов контроля качества обучения в вузе / Университетское управление: практика и анализ, № 1, 2012. – С. 51.

4. Васильева Е.Ю. Стандарты контроля качества обучения в вузах: проблема, пути решения, сценарии развития / Ректор вуза. – № 8, 2012. – С. 24.

5. Васильева Е.Ю. Теоретические и методологические вопросы оценки качества профессионального образования / Внедрение европейских стандартов и рекомендации в системы гарантии качества образования: сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции Гильдии экспертов в сфере профессионального образования – М.: Гильдия экспертов в сфере профессионального образования, 2012. – 158 с.

6. Есенина Е.Ю., Факторович А.А., Мелихеда Я.И. Сравнительный анализ содержания, форм и методов проведения оценки качества подготовки специалистов в российской и зарубежной практике профессионального образования / Е.Ю. Есенина, А.А. Факторович, Я.И. Мелихеда. – М., 2012. – 64 с. Содержание, формы и методы обучения в высшей школе: Аналитические обзоры по основным направлениям развития высшего образования / ФИРО; Вып. 5).

7. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие / Коллектив авторов: Е.Ю. Васильева, О.В. Енина, М.И. Томилова, Д.В. Мизгирев и др./ ОАО «Соломбальская типография», г. Архангельск. – 2012 г. – 15,9 п.л.